

ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid / Family Health Plus / Child Health Plus

Antes de llenarla, LEA toda la solicitud y las INSTRUCCIONES. Escriba con claridad en letra de imprenta con tinta azul o negra. Las solicitudes incompletas no se pueden tramitar y demorarán la decisión sobre su cobertura.

Sección A Información del solicitante Indique quién es usted y cómo podemos comunicarnos con usted.

Nombre legal		Inicial del segundo nombre	Apellido legal	
N° de teléfono principal <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		Otro número <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		¿Qué idioma habla? _____ lee? _____
DIRECCIÓN PARTICULAR de las personas que solicitan seguro médico <input type="checkbox"/> Marque aquí si es una persona sin hogar		Calle		Apartamento#
ENVÍE COMPROBANTES		Ciudad	Estado	Código postal
DIRECCIÓN POSTAL de las personas que solicitan seguro médico si es diferente a la anterior.		Calle		Apartamento#
		Ciudad	Estado	Código postal
OPCIONAL: Si hay otra persona que usted desea que reciba su correspondencia de Medicaid, indique la información de contacto de esa persona. Deseo que esta persona de contacto:		Nombre		Estado
		Calle	N° de apartamento	Código postal
Marque todos los que correspondan <input type="checkbox"/> Solicite o renueve Medicaid por mí <input type="checkbox"/> Trate mi solicitud Medicaid o mi caso, si fuera necesario <input type="checkbox"/> Reciba avisos y correspondencia		Ciudad	N° de teléfono <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	

Sección B Información sobre el núcleo familiar Si usted reside en el hogar, empiece por usted. De lo contrario, comience con los adultos que residen en el hogar. Anote los nombres legales completos de las personas que solicitan o reciben Medicaid, Family Health Plus o Child Health Plus e incluya el Número de identificación de su Tarjeta de beneficios o de la tarjeta de su plan de salud. Usted debe proveer información de los miembros que residen en el hogar, como: padres, padres adoptivos y cónyuges. Usted también puede proveer información de otros miembros que residen en el hogar (por ej., un hijo a su cargo menor de 21 años). Si anota a otros miembros de la familia, puede permitirnos otorgarle un nivel de aptitud más alto para acceder al seguro. Las embarazadas y los menores de 19 años pueden tener derecho al seguro médico independientemente de su condición de inmigración.

	Nombre, segundo nombre y apellido legales	Fecha de nacimiento <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	¿Esta persona está solicitando el seguro médico? <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	¿Esta persona está embarazada? <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	¿Esta persona padre/madre de un niño solicitante?	¿Cuál es el parentesco con la persona de la casilla 1?	Si la persona tiene o tuvo cobertura de salud en el pasado, marque la casilla que corresponda.	Número de Seguro Social (Si lo tiene)	Marque la casilla que indique su actual Condición de ciudadanía o de inmigración. No es necesario para embarazadas <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	*Raza/grupo étnico
01	Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento Estado de nacimiento País de nacimiento Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	USTED	<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo sabe:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración / / / Mes Día Año <input type="checkbox"/> No inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	
02	Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) Ciudad de nacimiento Estado de nacimiento País de nacimiento Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración / / / Mes Día Año <input type="checkbox"/> No inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	

A partir de 07/01/10, los niños ciudadanos que tengan un número del seguro social no tienen que entregar documentación de identidad o ciudadanía si reúnen las condiciones para Child Health Plus.

ENVÍE COMPROBANTES Consulte "Documentos necesarios para solicitar seguro médico" en las instrucciones de las páginas 1 a 3, "Lista de verificación de documentos para seguro médico", para obtener una lista de los documentos que demuestren su identidad, condición de ciudadanía o de inmigración.

*Códigos de raza/grupo étnico (opcional): **A**-Asiático, **B**-Negro o afroamericano, **I**-Indígena americano o nativo de Alaska, **P**- Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico, **W**-Blanco, **U**-Desconocido. También indique si es usted hispano o latino- **H**
DOH-4220 es 6/13 (página 1 de 8) NYS DOH (Continúa en la página 2)

Sección B Información sobre el núcleo familiar (Viene de la página anterior)

	Nombre, segundo nombre y apellido legales	Fecha de nacimiento <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	¿Esta persona está solicitando el seguro médico? <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	¿Esta persona está embarazada? <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	¿Esta persona padre/madre de un niño solicitante?	¿Cuál es el parentesco con la persona de la casilla 1?	Si la persona tiene o tuvo cobertura de salud en el pasado, marque la casilla que corresponda.	Número de Seguro Social (Si lo tiene)	Marque la casilla que indique su actual Condición de ciudadanía o de inmigración. No es necesario para embarazadas <small>ENVÍE COMPROBANTES</small>	*Raza/grupo étnico
03	<input type="text"/> <input type="text"/> Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) <input type="text"/> Ciudad de nacimiento <input type="text"/> Estado de nacimiento <input type="text"/> País de nacimiento <input type="text"/> Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración / / / Mes Día Año <input type="checkbox"/> No inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	
04	<input type="text"/> <input type="text"/> Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) <input type="text"/> Ciudad de nacimiento <input type="text"/> Estado de nacimiento <input type="text"/> País de nacimiento <input type="text"/> Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración / / / Mes Día Año <input type="checkbox"/> No inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	
05	<input type="text"/> <input type="text"/> Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) <input type="text"/> Ciudad de nacimiento <input type="text"/> Estado de nacimiento <input type="text"/> País de nacimiento <input type="text"/> Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración / / / Mes Día Año <input type="checkbox"/> No inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	
06	<input type="text"/> <input type="text"/> Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) <input type="text"/> Ciudad de nacimiento <input type="text"/> Estado de nacimiento <input type="text"/> País de nacimiento <input type="text"/> Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración / / / Mes Día Año <input type="checkbox"/> No inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	
07	<input type="text"/> <input type="text"/> Nombre completo de soltera (nombre de la persona antes de casarse) <input type="text"/> Ciudad de nacimiento <input type="text"/> Estado de nacimiento <input type="text"/> País de nacimiento <input type="text"/> Nombre completo de soltera de la madre de esta persona	/ / <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es la fecha estimada de parto? / /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Child Health Plus <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Family Health Plus Número de identificación de Tarjeta de beneficios/Tarjeta del plan, si lo conoce:		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Inmigrante/no ciudadano Ingrese la fecha en que recibió su condición de inmigración / / / Mes Día Año <input type="checkbox"/> No inmigrante (Titular de visa) <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores	

¿Alguien en su hogar es veterano de guerra? Sí No si la respuesta es "sí", indique:

A partir de 07/01/10, los niños ciudadanos que tengan un número del seguro social no tienen que entregar documentación de identidad o ciudadanía si reúnen las condiciones para Child Health Plus.

ENVÍE COMPROBANTES Consulte "Documentos necesarios para solicitar seguro médico" en las instrucciones de las páginas 1 a 3, "Lista de verificación de documentos para seguro médico", para obtener una lista de los documentos que demuestren su identidad, condición de ciudadanía o de inmigración.

*Códigos de raza/grupo étnico (opcional): **A**-Asiático, **B**-Negro o afroamericano, **I**-Indígena americano o nativo de Alaska, **P**- Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico, **W**-Blanco, **U**-Desconocido. También indique si usted es hispano o latino- **H**
 DOH-4220 es 6/13 (página 2 de 8) NYS DOH

Sección C Ingresos familiares

Anote la clase de ingresos y las cantidades recibidas por todas las personas en la lista de la Sección B y

ENVÍE COMPROBANTES

Ingresos por su empleo: Incluye sueldos, salarios, comisiones, propinas, pago por tiempo extra, empleo por cuenta propia. Si usted trabaja por cuenta propia, marque aquí: Marque aquí si no tiene ingresos por su empleo:

Nombre de la persona	Clase de ingreso/Nombre del empleador	¿Cuanto? (antes de impuestos)	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, mensualmente)

Ingresos aparte de su empleo: Incluye Beneficios del Seguro Social, pagos por discapacidad, pagos del seguro de desempleo, intereses y dividendos, beneficios para veteranos de guerra, Compensación a los trabajadores, pagos por manutención de niños/pensión alimenticia, ingresos por renta, pensión, rentas vitalicias e ingresos de fondos de inversiones. Marque aquí si no recibe ingresos aparte de su empleo:

Nombre de la persona	Clase de ingreso/Origen	¿Cuanto? (antes de impuestos)	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, mensualmente)

Contribuciones: Dinero de parientes o amigos, pensionistas o inquilinos (incluya el dinero que reciba cada mes para ayudarlo a cubrir sus gastos). Marque aquí si no recibe contribuciones:

Nombre de la persona	Clase de ingreso/Origen	¿Cuanto? (antes de impuestos)	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, mensualmente)

Asistencia temporal (en efectivo), ingresos suplementarios del seguro social (SSI), subvenciones para estudiantes o préstamos. Marque aquí si ninguna de las opciones le corresponde:

Nombre de la persona	Clase de ingreso/Origen	¿Cuanto? (antes de impuestos)	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, mensualmente)

1. Usted o la persona adulta que lo solicita en la Sección B, ¿carecen de ingresos? No Sí ¿Quien? _____

2. Si no ha declarado ingresos, explique cómo vive:
(Por ej., si vive con amigos o familiares)

3. Usted o la persona que lo solicita, ¿han cambiado de trabajo o dejado de trabajar en los últimos tres meses? No Sí

Si responde "Sí": Su último trabajo fue: Fecha ____/____/____ Nombre del empleador:

4. Usted o la persona que lo solicita, ¿es estudiante de un programa de formación profesional, universitario o de posgrado? No Sí

Si responde "Sí": Tiempo completo Medio tiempo Estudiante universitario Estudiante de posgrado Nombre del estudiante:

5. ¿Tiene usted que pagar por el cuidado de los niños (o el cuidado de un adulto incapacitado) para poder trabajar o asistir a una institución docente? No Sí

Nombre del niño o adulto:	¿Cuanto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
Nombre del niño o adulto:	¿Cuanto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)
Nombre del niño o adulto:	¿Cuanto? \$	¿Cada cuánto tiempo? (semanal, cada dos semanas, mensual)

6. Si usted no reúne las condiciones para la cobertura de Medicaid o de Family Health Plus, de todos modos tal vez pueda acceder al Programa de Beneficios de Planificación Familiar. ¿Le interesa recibir sólo cobertura para los Servicios de Planificación Familiar? No Sí

Sección D Seguro médico

Usted y su familia podrían reunir las condiciones aunque tengan otro seguro médico.

1. ¿Alguno de los solicitantes tiene Medicare? No Sí **Si la respuesta es "sí", incluya una copia de su tarjeta (tarjeta roja, blanca y azul), para cada beneficiario de Medicare. Llene el resto de la solicitud y llene el Suplemento A.**

ENVÍE COMPROBANTES

2. ¿Alguno de los solicitantes tiene otro seguro médico comercial, incluso un seguro de atención médica a largo plazo? No Sí **Si la respuesta es "sí", debe enviar una copia del anverso y reverso de la tarjeta del seguro junto con esta aplicación.**

Nombre del asegurado (principal) _____ Personas cubiertas _____ Costo de la póliza _____

ENVÍE COMPROBANTES

Fecha cuando caduca la cobertura, si caducase dentro de poco _____ / _____ / _____ **Nota: Si está solicitando sólo el Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), continúe en la Sección G. NO debe llenar el Suplemento A.**

Mes / Día / Año

3. ¿Los padres o padres adoptivos de cualquiera de los niños solicitantes son empleados públicos que pueden obtener cobertura para la familia por medio de un plan de beneficios? (ver las instrucciones) No Sí

Si la respuesta es "sí", ¿paga la agencia pública donde trabaja esa persona una parte o la totalidad de este plan médico? No Sí

4. En los últimos 6 meses, ¿alguna de las personas de la solicitud ha perdido o cancelado algún tipo de seguro médico, proporcionado por un empleador? No Sí (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 5) Si la respuesta es "sí", ¿en qué fecha perdió la cobertura? _____ / _____ / _____

Mes / Día / Año

Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a comprender los motivos por los cuales las personas cambian sus seguros médicos.

¿Por qué ya no tienen seguro médico? (Marque una sola respuesta)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. La persona que tenía el seguro ya no trabaja para el empleador que proporcionaba el seguro. | <input type="checkbox"/> 4. El costo del seguro médico subió y ya no entraba en el presupuesto. |
| <input type="checkbox"/> 2. El empleador dejó de ofrecer el seguro médico. | <input type="checkbox"/> 5. Los programas Child Health Plus o Family Health Plus cuestan menos que el seguro que tenían antes. |
| <input type="checkbox"/> 3. El empleador dejó de ofrecer seguro médico para hijos o dejó de pagar el seguro médico para hijos, pero continuó pagando la cobertura para los padres empleados. | <input type="checkbox"/> 6. Los programas Child Health Plus o Family Health Plus ofrecen mejores beneficios que el seguro que tenían antes. |

5. ¿Su trabajo actual ofrece seguro médico? **Quizás podamos ayudar a pagarlo.** No Sí **Si la respuesta es "sí", se le enviará el formulario "Solicitud de Información - Seguro médico patrocinado por el empleador".**

Sección E Gastos de la vivienda

1. Pago mensual por la vivienda, como alquiler o hipoteca, incluso los impuestos a la propiedad (sólo su parte). \$ _____

2. Si usted paga el agua por separado, ¿cuánto paga? \$ _____ **ENVÍE COMPROBANTES** ¿Con qué frecuencia paga? cada mes 2 veces al año trimestralmente (4 veces al año) una vez al año

3. ¿Recibe vivienda sin cargo como parte de pago? No Sí

Sección F Ciego, incapacitado, enfermo crónico o residente de un hogar de ancianos

Estas preguntas nos ayudan a determinar cuál es el mejor programa para los solicitantes.

Si ninguno de los solicitantes es ciego, incapacitado, padece de una enfermedad crónica o reside en un hogar de ancianos, **DETÉNGASE AQUÍ continúe en la Sección G.**

1. ¿Está usted, o alguna persona que viva con usted y sea solicitante, en un centro de tratamiento residencial o recibe atención para ancianos en un hospital, hogar para ancianos u otra institución médica? No Sí
Si la respuesta es "sí", termine de llenar esta solicitud Y llene el Suplemento A.

2. ¿Es usted o alguna persona que viva con usted ciego, incapacitado o enfermo crónico? No Sí Si la respuesta es "sí", termine de llenar esta solicitud Y llene el Suplemento A.
Nota: Si está solicitando sólo el Programa de ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), continúe en la Sección G. No debe llenar el Suplemento A.

Sección G Preguntas adicionales sobre la salud

1. ¿Tiene alguno de los solicitantes facturas por servicios médicos o recetas pagas o sin pagar de este mes o de los 3 meses anteriores a éste? Medicaid podría pagar estas facturas o reembolsárselas.

No Sí Si responde "sí": Nombre: _____ ¿De cuál/es de los tres meses anteriores a éste tiene facturas por servicios médicos? _____

ENVÍE COMPROBANTES de sus ingresos de cualquier mes del período de tres meses en el que tenga facturas. Si tiene facturas por servicios médicos por las que solicita un reembolso, debe enviar copias y comprobantes de pago.

2. ¿Tiene usted, o cualquier solicitante, facturas sin pagar por servicios médicos o recetas anteriores a ese período de tres meses? No Sí

3. ¿Usted, o cualquier solicitante que viva con usted, se ha mudado a este condado desde otro estado o del condado del estado de Nueva York en los últimos tres meses? No Sí

Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____ ¿De qué estado? _____ ¿De qué condado? _____

4. ¿Tiene alguno de los solicitantes un juicio pendiente debido a una lesión? No Sí Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____

5. ¿Tiene alguno de los solicitantes una acción de Compensación a los trabajadores, lesión, enfermedad o discapacidad causada por otra persona (que pudiera ser cubierta por un seguro)? No Sí

Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____

Sección H

Padre o cónyuge que no vive con el núcleo familiar o que falleció

Las familias que solicitan la inscripción en Medicaid para sus hijos y las mujeres embarazadas **NO** deben llenar esta sección. Para tener derecho al seguro médico, los demás solicitantes de 21 años de edad o mayores deben estar dispuestos a suministrar información sobre los padres de un solicitante menor de edad o de un cónyuge que no viven en el hogar, a menos que hubiera una causa justificada. Los niños pueden ser elegibles aunque los padres no suministren esta información. Si usted teme sufrir daño físico o emocional por haber proporcionado información sobre un padre o cónyuge que no reside en el hogar, puede eximirse de proporcionar esta información. Esto se conoce como "**Causa justificada**". Tal vez se le pida demostrar que tiene un buen motivo por el cual temer.

1. ¿Falleció el cónyuge o el padre/madre de algún solicitante? No Sí

Si la respuesta es "sí", indique el nombre del solicitante cuyo cónyuge o padre/madre ha fallecido: _____ (Si el cónyuge o el padre/madre ha fallecido, pase a la pregunta 3).

2. ¿Vive en otra parte uno de los padres de alguno de los hijos solicitantes? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 3) No Sí

Si usted teme sufrir daño físico o emocional si proporciona información sobre un padre que no reside más en el hogar, marque esta casilla

Nombre del niño:	Nombre del padre que no reside en el hogar _____	Domicilio actual o último domicilio Conocido: Calle: _____ Ciudad/Estado _____ SSN (si lo sabe): _____
	Fecha de nacimiento (si la sabe): ____/____/____	
Nombre del niño:	Nombre del padre que no reside en el hogar _____	Domicilio actual o último domicilio Conocido: Calle: _____ Ciudad/Estado _____ SSN (si lo sabe): _____
	Fecha de nacimiento (si la sabe): ____/____/____	

3. ¿Hay algún solicitante que siga casado con alguien que no reside en el hogar? No Sí Si la respuesta es "sí", indique el nombre del solicitante que todavía esté casado: _____

Si usted teme sufrir daño físico o emocional si proporciona información sobre un cónyuge que no reside más en el hogar, marque esta casilla

Nombre legal del cónyuge que no reside en el hogar:	Fecha de nacimiento (si la sabe): ____/____/____	Domicilio actual o último domicilio conocido: Calle: _____ Ciudad/Estado: _____ SSN (si lo sabe): _____
---	---	---

Sección I Selección del plan médico

Si usted recibe Medicare, **DETÉNGASE AQUÍ** no llene esta sección.

IMPORTANTE: Las personas que cuenten con Family Health Plus y Child Health Plus **deben** elegir un plan médico para recibir sus servicios de salud. La mayoría de las personas inscritas en Medicaid **deben** elegir un plan médico; si usted no lo hace, podrá ser inscrito automáticamente en uno, salvo que se determine que usted está exento. **Para Medicaid y Family Health Plus:** Si necesita información sobre qué planes se encuentran disponibles en su condado, en qué plan está su médico y si debe afiliarse, llame a **New York Medicaid CHOICE** al 1-800-505-5678. También puede llamar o visitar el Departamento de Servicios Sociales de su zona. Para obtener información sobre los planes de Child Health Plus, llame al 1-800-698-4543. Si usted ya sabe qué plan desea, utilice esta sección para elegir un plan.

NOTA: Si se decide que usted o un miembro de la familia reúne las condiciones para Medicaid, lo inscribiremos en el plan médico que elija si ofrece Medicaid. Si usted vive en un condado donde no se exige que las personas inscritas en Medicaid se afilien a un plan médico, puede informarnos que no desea adherirse a un plan médico, llamando o escribiendo al Departamento de Servicios Sociales de su zona o marcando esta casilla

Apellido legal	Nombre legal	Fecha de nacimiento	Nº de Seguro Social	Nombre del plan de salud en el que se inscribe	Médico o centro de salud preferido (opcional) Marque la casilla si es su proveedor actual	Ginecólogo/Obstetra (opcional)
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	

Sección J Firma

Estoy de acuerdo con que la información contenida en esta solicitud y en la renovación anual sea compartida solamente entre Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, los planes de salud indicados en la Sección I, el distrito local de servicios sociales y la organización que proporciona ayuda con la solicitud. También consiento en compartir esta información con los centros de salud en las escuelas que proporcionan servicios a los solicitantes. Entiendo que dicha información se comparte para determinar si las personas que solicitan planes de Medicaid, Family Health Plus y Child Health reúnen las condiciones para tal fin o para evaluar el éxito de estos programas. Cada adulto solicitante debe firmar esta solicitud en el espacio que se indica a continuación. Firmo esta solicitud con el entendimiento de que cada persona que solicita Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus quedará inscrita en el programa apropiado, si reúne las condiciones. **También he leído y comprendo las Condiciones, Derechos y Responsabilidades incluidas en la página siguiente de este folleto de solicitud.** Certifico bajo pena de perjurio que todo lo que aparece en esta solicitud es cierto, a mi leal saber y entender.

Fecha

Firma del adulto solicitante o del representante autorizado para el solicitante

Fecha

Firma del adulto solicitante o del representante autorizado para el solicitante

CONDICIONES, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Por medio de esta solicitud llena y firmada, solicito inscripción en Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus. Entiendo que esta solicitud, las notificaciones y otra información adicional serán enviadas a los programas en los que solicito inscripción. Estoy de acuerdo con que se divulgue la información personal y financiera contenida en esta solicitud y cualquier otra información necesaria para determinar si se reúnen condiciones para estos programas. Entiendo que se me podría solicitar más información. Estoy de acuerdo con informar de inmediato cualquier cambio en la información que aparece en esta solicitud.

- Entiendo que debo proporcionar la información necesaria para comprobar que reúno las condiciones para cada programa. Si no me fuera posible obtener la información para Medicaid o Family Health Plus, se lo informaré al distrito de servicios sociales. En el distrito de servicios sociales podrían ayudarme a obtener dicha información.
- Si he presentado la solicitud en otro lugar que no sea el Departamento de Servicios Sociales local y se determina que mis niños no reúnen las condiciones para acceder a Medicaid en base a esta solicitud, puedo comunicarme con el Departamento de Servicios Sociales local para averiguar si mis hijos pueden obtener Medicaid en base a algo distinto.
- Entiendo que los trabajadores de los programas para los cuales mi familia o yo hemos presentado una solicitud, pueden verificar la información que he suministrado en esta solicitud. Las agencias que administran estos programas mantendrán esta información confidencial de acuerdo con la sección 1396a (a) (7) del Título 42 del Código de los EE. UU. y las secciones 431.300-431.307 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), y toda ley o regulación federal o estatal.
- Al presentar la solicitud para Child Health Plus, estoy de acuerdo con pagar la contribución de prima correspondiente que no pague el Estado de Nueva York.
- Entiendo que Medicaid, Family Health Plus y Child Health Plus no pagarán los gastos médicos que se supone deben pagar el seguro u otras personas, y que, si estoy presentando una solicitud para Medicaid o Family Health Plus, cedo a la agencia todos mis derechos de intentar obtener y recibir apoyo médico de mi cónyuge o padres de personas menores de 21 años, y mi derecho de intentar obtener y recibir pagos de terceros durante todo el tiempo que reciba beneficios.
- Presentaré reclamaciones por beneficios de seguro médico o de accidente o de cualquier otro recurso al que tengo derecho. Entiendo que tengo derecho a alegar causa justificada para no cooperar en el uso del seguro médico si tal uso pudiera causar daños a mi salud o seguridad o a la salud y seguridad de alguna persona de la que soy legalmente responsable.
- Entiendo que mi elegibilidad para estos programas no será afectada por mi raza, color o país de origen. También entiendo que, según los requisitos de estos programas individuales, mi edad, sexo, discapacidad o condición de ciudadanía podría ser un factor para determinar si reúno las condiciones.
- Entiendo que si mi niño es beneficiario de Medicaid o Family Health Plus, él o ella puede obtener atención primaria integral y atención médica preventiva, como el tratamiento necesario por medio del programa Child/Teen Health Program para niños y adolescentes. Puedo obtener más información sobre este programa en el Departamento de Servicios Sociales local.
- Entiendo que si alguien miente o esconde la verdad a sabiendas para poder recibir servicios bajo estos programas, está cometiendo un delito sujeto a multas federales y estatales y es posible que deba reembolsar el monto de los beneficios recibidos y pagar multas civiles. El Departamento de Impuestos y Finanzas del Estado de Nueva York tiene derecho a revisar la información de este formulario referente a ingresos.

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

Child Health Plus: no es necesario el número de seguro social para inscribirse en Child Health Plus. De tenerlo, suministraré el número de seguro social de los niños para quienes solicito Child Health Plus. Medicaid, o Family Health Plus: Es necesario el número de seguro social de todos los solicitantes, a menos que la persona esté embarazada o sea un extranjero no calificado. No es necesario el número de seguro social de los miembros de mi núcleo familiar que no estén solicitando beneficios. Entiendo que esto lo exige la ley federal en 42 U.S.C. 1320b-7 (a) y las regulaciones de Medicaid en 42 CFR 435.910. Los números del seguro social se utilizan de muchas maneras, tanto en el Departamento de Servicios Sociales (DSS) como entre éste y las agencias federales, estatales y locales en Nueva York y en otras jurisdicciones. Entre los usos del número de seguro social están: verificar la identidad, identificar y verificar ingresos por empleos y por motivos aparte del empleo, verificar si los padres sin la custodia de los hijos pueden tener cobertura de seguro médico para los solicitantes, averiguar si los solicitantes pueden recibir asistencia médica, y averiguar si los solicitantes pueden recibir dinero u otro tipo de ayuda. Los SSN también se usan como identificación del beneficiario en y entre las agencias gubernamentales centrales de Medicaid para asegurar que los servicios adecuados estén a disposición del beneficiario. Además, si presento solicitudes para otros programas en esta solicitud conjunta, dichos programas tendrán acceso a mi número del seguro social y podrán usarlo en la administración del programa.

SOLO PARA SOLICITANTES DE MEDICAID

- **Divulgación de registros educacionales**
Autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al estado de Nueva York para que obtengan toda la información necesaria relacionada con los registros educacionales de mis hijos aquí nombrados que fuera necesaria para pedir reembolsos por parte de Medicaid por servicios educativos relacionados con la salud y para brindar acceso a esta información a las agencias correspondientes del gobierno federal, solamente para fines de auditoría.
- **Programa de Intervención Temprana**
Si se evalúa a mis hijos o si participan en el Programa de Intervención Temprana del estado de Nueva York, autorizo al Departamento de Servicios Sociales local y al estado de Nueva York para que compartan con el Programa de Intervención Temprana de mi condado, la información de la aptitud de mis hijos para acceder a Medicaid para fines de facturar a Medicaid.
- **Reembolso de gastos médicos**
Entiendo que como parte de mi solicitud a Medicaid tengo derecho ahora, o más adelante, a solicitar la devolución de gastos que he pagado por cuidados médicos, servicios y suministros recibidos durante el período de tres meses anteriores al mes de mi solicitud. Después de la fecha de mi solicitud, el reembolso por atención médica, los servicios y suministros cubiertos sólo podrán obtenerse de proveedores registrados ante Medicaid.

FAMILY HEALTH PLUS Y PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA DE MEDICAID

Sé que para recibir beneficios de Family Health Plus, debo afiliarme en un plan de atención médica administrada. También sé que en algunos condados se exige estar afiliado a un plan médico para recibir Medicaid. He leído cómo averiguar si mi condado exige que los inscritos en Medicaid se afilien a un plan médico y cómo averiguar qué planes están disponibles para mí en Family Health Plus y en el plan de atención médica administrada de Medicaid. Entiendo que si se me encuentra elegible para Family Health Plus, se me inscribirá en el plan de Family Health Plus que yo he seleccionado. También entiendo que si se me encuentra elegible para Medicaid en vez de Family Health Plus, y estoy o estamos en un condado donde se exige que las

CONDICIONES, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

personas tengan un plan de atención médica administrada, quedará inscrito en el plan médico que seleccioné, a menos que ese plan no participe en el plan de atención médica administrada de Medicaid. Si yo/nosotros estoy/estamos en un condado en que no se exige a los inscritos estar en un plan de atención médica administrada de Medicaid, igualmente me/nos inscribirán en el plan que seleccioné, a menos que notifique/mos por escrito al Departamento de Servicios Sociales local o marque/mos la casilla de la Sección I, que no deseo/deseamos participar en ese plan.

He leído cómo averiguar los derechos y beneficios que tendré como miembro de un plan de atención médica administrada y sus limitaciones. Comprendo que tanto en Family Health Plus como en el plan de atención médica administrada de Medicaid, debo escoger un proveedor de atención primaria (PCP) y que podré escoger entre tres PCP de mi plan médico. Entiendo que una vez inscrito en un plan, tendré que recibir servicios de mi PCP y otros proveedores de mi plan médico, excepto en ciertas circunstancias especiales.

Entiendo que si tengo un bebé mientras soy miembro de un plan de atención médica administrada de Medicaid, mi bebé quedará inscrito en el mismo plan en que estoy yo. Entiendo que si tengo un bebé mientras soy miembro de un plan Family Health Plus que también participa en el plan de atención médica administrada de Medicaid, mi bebé quedará inscrito en el mismo plan en que estoy yo.

• Divulgación de información médica

Accedo a la divulgación de toda información médica mía y de todos miembros de mi familia por quienes yo pueda dar consentimiento:

- De parte de mi proveedor de atención primaria (PCP), cualquier otro proveedor de atención médica o el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH) a mi plan médico o a cualquier proveedor de atención médica relacionado con mi cuidado y el de mi familia, según

sea razonablemente necesario para que mi plan médico o mis proveedores realicen el tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico. Esto puede incluir información sobre reclamaciones de farmacia y otras reclamaciones médicas necesarias para administrar mi atención médica;

- De parte de mi plan de salud o cualquier proveedor de cuidado médico al NYSDOH o a otras agencias federales, estatales y locales autorizadas para fines administrativos de los programas de Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus; y
- De parte de mi plan médico a otras personas u organizaciones, según sea razonablemente necesario para que mi plan de salud realice el tratamiento, el pago o las operaciones de cuidado médico.

También accedo a que la información divulgada para el tratamiento, pago u operaciones de cuidado médico pueda ser información sobre VIH, salud mental o alcoholismo y drogadicción relativa a mí o a miembros de mi familia, según lo permita la ley, hasta cuando yo cancele este consentimiento.

Si más de un adulto en mi familia se está afiliando a un plan de salud de Family Health Plus o Medicaid, se necesita la firma de cada adulto solicitante para permitir la divulgación de la información.

• Reembolso de gastos médicos

Entiendo que si se decide que reúno las condiciones para el Family Health Plus, mi inscripción tendrá vigencia, antes de los 90 días a partir de la fecha en que presente una solicitud llena. En caso de que haya un error o demora en mi inscripción, Medicaid podría reembolsarme dinero por los gastos médicos razonables que yo pague como resultado de dicho error o dicha demora. Medicaid puede pagar a mi proveedor cualquier gasto pendiente solamente si ese proveedor está inscrito en Medicaid.

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Debe llenarlo la persona que ayuda a hacer la solicitud

Firma de la persona que obtuvo la información sobre elegibilidad: X _____	Empleado por: (marque uno) <input type="checkbox"/> Agencia comunitaria de inscripción facilitada <input type="checkbox"/> Plan de salud <input type="checkbox"/> Distrito de Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Agencia proveedora <input type="checkbox"/> Entidades habilitadas Nombre del empleador: _____
--	--

Lo debe llenar la persona que ayuda con la inscripción

Nombre de quien ayuda con la inscripción:	Agencia principal/Nombre del plan:	Identificación de la organización principal y del plan:
Idioma usado en la solicitud para recibir ayuda:	Fecha de inicio de la solicitud:	Nº de orden de la solicitud:
		Fecha en que se llenó la solicitud:
		Ingrese el código del niño solicitante: Medicaid _____ CHPlus _____

Para uso del Distrito de Servicios Sociales local

Elegibilidad determinada por:	Fecha:	Elegibilidad aprobada por:	Fecha:
Oficina del centro:	Fecha de solicitud:	Número de identificación de la unidad:	Número de identificación del trabajador:
Nombre del caso:	Distrito:	Tipo de caso:	Nº de caso:
Fecha de vigencia:	Código MA del motivo de la disposición: <input type="checkbox"/> Código de denegación <input type="checkbox"/> Retiro	Apoderado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nº de registro: Versión:

Para uso de los planes Child Health Plus

Disposición de CHPlus: <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada	Código de denegación:	Fecha de vigencia:	Nº de niños inscritos (CHPlus):
---	-----------------------	--------------------	---------------------------------